

Trastornos de la conducta alimentaria

G. Morandé, E. Paolini

ASPECTOS COMUNES

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) o Trastornos Alimentarios (TA) son Patologías Mentales que cursan con complicaciones médicas, psiquiátricas y familiares que condicionan su evolución.

Su incidencia y prevalencia han aumentado claramente en las últimas décadas. Han pasado de ser una epidemia de baja intensidad en los países desarrollados a una pandemia ejemplo de la globalización en ideas, usos y costumbres; siendo patología de la adolescente y mujer joven tiene formas de expresión en varones, en la infancia y edad prepuberal y las llamadas formas tardías que hoy abarcan todo el ciclo vital incluyendo tercera edad.

Quienes las padecen, tienen en común la dificultad aceptarse a sí mismos, física y moralmente y alcanzar su maduración y pleno desarrollo. La insatisfacción corporal que les caracteriza es una muestra de una profunda descalificación personal. Similar también es el temor a perder el control, sobre la alimentación y de sus vidas y el rechazo o vergüenza de aceptar su problema. Las consecuencias médicas cierran el círculo definitivo ya que sin ellas no tendrían estos cuadros la gravedad que les caracteriza.

1. La primera de estas características, **el temor a engordar** (crecer) adquiere carácter de **obsesión por la delgadez** que ocupa una parte significativa del campo mental. Muchas horas diarias pensando en cómo no comer o en adelgazar. Se acompaña de conductas compulsivas tendientes a restringir la ingesta, hacerla inviable con vómitos o intentar compensar lo comido.

Un porcentaje importante (30% AN; 50% AN masculina, 50% BN) de los adolescentes con TA han tenido sobrepeso en la niñez.

2. La segunda de ellas, **la insatisfacción corporal**, malestar que con frecuencia aumenta con la adolescencia puede hacerse insoportable (un 40 y un 18% de las chicas se ven gordas y gordos) y hacerse extensiva a la propia identidad comprometiendo aún más una autoestima que con frecuencia estaba dañada previamente.

La distorsión de la imagen corporal, es una expresión más de esta insatisfacción.

Caracterizada por intensa angustia, es la sensación de verse con un volumen muy aumentado (en ocasiones hasta un 200%). Es una manifestación clínica frecuente e invalidante.

3. Un tercer elemento común a los TA, es **el temor al descontrol con la comida (anorexia nerviosa, AN) o la constatación de ello** en forma repetida (bulimia nerviosa, BN); Como todo lo referente a la alimentación se hace una metá-

fora. El descontrol alimentario puede hacerse sinónimo de vergüenza, pérdida de la voluntad y de la capacidad de dirigir sus propias vidas. Control ilusorio es el que cree tener un paciente AN restrictivo.

Ideación anoréxica es la invasión del campo mental de ideas desagradables sobre la alimentación y el cuerpo. Por su intensidad, puede interferir en la alimentación, en la digestión, en el estudio, el trabajo, las actividades sociales, de ocio, incluso en el dormir.

A mayor insatisfacción corporal, mayor obsesión por adelgazar, sufrimiento y temor al descontrol compulsivo mediante maniobras compensatorias (vómitos, ejercicio, laxantes, ayuno).

4. **La negación u ocultamiento de la enfermedad** es habitual y contrasta con la preocupación familiar. Este factor, diferente con matices en los cuadros clínicos no es exclusivo de los TCA. Hay otras enfermedades que cursan sin dolor y son más evidentes para los familiares que observan una conducta anómala.

5. Los TCA tienen siempre una **expresión vincular**. Ponen a prueba la relación del paciente con su madre, su padre, sus hermanos, amigos y pareja. El establecimiento o reestablecimiento de una relación muy peculiar intensa y parasitaria con la madre, la familia o pareja ha sido considerado, junto con la respuesta fisiológica, el principal mecanismo de perpetuación de los cuadros.

6. **Los TA interfieren el funcionamiento del organismo**. Se altera la fisiología digestiva y nutricional condicionando respuestas que en sujetos físicamente sanos contribuyen a mantener la enfermedad.

Condicionan una respuesta de intenso y prolongado estrés en la que están implicados los mecanismos moduladores inmunológicos, neurovegetativos y neuroendocrinos en una retroalimentación continua con los procesos patológicos mentales.

La dificultad en modular o gestionar el estrés tanto interno como externo es una secuela importante de los TA.

7. **Complicaciones psiquiátricas**. Tanto en AN como BN es observable comorbilidad psiquiátrica especialmente en cuadros instaurados, de lenta evolución y resistentes al tratamiento. Las patologías psiquiátricas más frecuentes son los episodios depresivos, trastornos de ansiedad y TOC. En adolescentes la repercusión sobre la organización de la personalidad es habitual, situación que se corrige si el cuadro alimentario evoluciona bien en el primer año de tratamiento. De no ser así dará lugar a trastornos de la personalidad distintos en AN restrictiva y en AN purgo-bulímica y BNPB.

8. **Tendencia a la cronificación.** Desde sus inicios se activan los mecanismos de cronificación y se escenifican en su entorno los factores de mantenimiento, de ahí que un cuadro completo tarde tanto en recuperarse.

DEFINICIÓN DE LOS CUADROS

La anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN) son los cuadros paradigmáticos, siendo el primero el más antiguo y emblemático aunque no el más frecuente. La BN duplica a la AN en prevalencia.

1. **Anorexia nerviosa (AN):** se caracteriza por una pérdida de peso autoinducida que supera el 15% del peso previo. En las formas restrictivas (ANR) se asocia el rechazo a alimentarse y la elección de alimentos de bajo contenido calórico con el aumento de la actividad física hasta llegar en algunos casos al ejercicio compulsivo. En los cuadros purgativos (ANP) se asocian vómitos o abuso de laxantes. La ideación anoréxica invade el espacio mental aislándole parcialmente de quienes le rodean y en lugar de disminuir puede hacerse más intensa al continuar la pérdida de peso. La desaparición de la menstruación puede ser precoz y es habitual la disminución del interés sexual.

La evolución puede ser muy rápida en adolescentes menores que llegan a perder más de 1 kilogramo a la semana.

La negativa total a alimentarse, incluso a beber agua, es un mecanismo de naturaleza obsesiva que hace necesario la intervención de urgencia.

2. **Bulimia nerviosa (BN):** cuadro caracterizado por el descontrol alimentario donde se suceden atracones y ayunos, ambos pueden ser descomunales. Los atracones reales o subjetivos vividos con gran malestar y culpa intentan compensarlos con vómitos o diarreas en las formas purgativas (BNP) y con ejercicio y ayuno en las no purgativas.(BNNP). Por definición, en la BN hay peso normal o sobrepeso y se reserva el término anorexia purgo-bulímica (ANPB) para aquellas que cursan con bajo peso. Las BN dan puntuaciones más altas en las escalas de insatisfacción corporal, obsesión por adelgazar y descontrol alimentario que las AN. Viven avergonzadas y culpabilizadas con el temor que su descontrol afecte a otras áreas de su vida, lo que no es infrecuente. El cuadro, en sus formas menos graves, puede pasar desapercibido durante mucho tiempo ya que la mayoría de las conductas son encubiertas. Al prolongarse la enfermedad es frecuente la aparición de complicaciones psiquiátricas (depresión; T. angustia) y en menor grado complicaciones médicas ligadas a los vómitos, uso de laxantes y diuréticos.
3. **Trastorno de la alimentación no especificado (TCANE):** integra síndromes parciales o incompletos y cuadros residuales. Son mayoría en los estudios de población y también en la Atención Primaria.
4. **Trastorno por atracón:** describen al comedor emocional que se da atracones de comida y no desarrolla conductas compensatorias como el paciente bulímico. Incorpora diferentes formas clínicas, todas ellas cursan con obesidad. La característica fundamental es la escasa mentalización. En este capítulo se les denomina Trastornos emocionales que cursan con Obesidad (TECO).

TCA Y CICLO VITAL. EDAD DE APARICIÓN

Su edad de inicio es la adolescencia, más temprano en la AN (edad media de aparición 13,5 años) y un poco después la BN (15,5 años). Sin embargo existen los Trastornos Alimentarios de la Infancia (TAI); los Pre-puberales (TCA-pp) y los antiguamente llamados de inicio tardío en mayores de 18 años. Estos últimos han aumentado también su incidencia y se han descrito casos no sólo en adultos a o adultas jóvenes que fueron los primeros sino alrededor de la menopausia, incluso en mayores de 75 años.

Los TAI se han denominado hasta ahora, niños difíciles de alimentar, cursan con retraso pondero estatural y problemas importantes en la relación madre-hijo.

TCA Y SEXO

A partir de la adolescencia son enfermedades de predominio femenino, como también lo son la depresión y los trastornos de angustia, aunque nunca en una proporción tan elevada (9:1).

En los cuadros pre-puberales la relación es de 6:4 y en los TAI hay igual número de niñas y niños.

FORMAS CLÍNICAS

Se distinguen **cuadros completos o instaurados** (aquellos que reúnen todos los requisitos diagnósticos recogidos en las Clasificaciones Internacionales), **síndromes parciales o incompletos, cuadros atípicos, residuales y crónicos**. Todos pueden ser restrictivos o purgativos incluso pasar de una a otra categoría. Hasta un 50% de las AN en su recuperación presentarán sintomatología bulímica, un % mucho menor hará una BN. Una minoría puede desarrollar una AN.

Los **síndromes parciales** son los más frecuentes en adolescentes. En menos de 6 meses pueden evolucionar a un cuadro completo y de curso más difícil. Deben ser tratados precozmente ya que el pronóstico es muy bueno. Se reserva el término de AN en Curso para aquel síndrome parcial en evolución con rápida pérdida ponderal.

Entre los **cuadros atípicos** destacan la **anorexia alexitímica o anorexia psicósomática**; se presenta sin ideación anoréxica en ocasiones después de un trastorno típico (o como antecedente), los **trastornos disfágicos funcionales** con terror al atragantamiento, muy frecuentes en pre-puberales, y los **vómitos psicógenos** con resistencia a subir de peso.

La **vigorexia** o mal de los gimnasios, la **ortorexia** u obsesión por alimentos funcionales o medicinales y los **comedores nocturnos** son los otros atípicos. Son un grupo de diferentes expresiones clínicas. Tienen en común ideas sobrevaloradas sobre la alimentación y sus consecuencias en la salud en una sociedad que fomenta este tipo de valores.

Cuadros Residuales: hasta un tercio de las AN y BN que se recuperan no lo hacen de forma completa. Persiste una sintomatología alimentaria residual, una actitud defensiva ante la alimentación que no necesariamente limita su calidad de vida. Se discute hasta dónde es una posición que favorece reactivaciones y recaídas o por oposición las previene.

Cuadros crónicos: un pequeño porcentaje de las que inician una AN o BN en la adolescencia se harán crónicas o resistentes al tratamiento. Aumentan después de los 18 años,

TABLA I. Formas clínicas TCA.

<i>a. Cuadros completos:</i>	
1.	Anorexia nerviosa: – Restictiva (ANR) – Purgobulímica (ANPB)
2.	Bulimia nerviosa: – Purgativa (BNP) – No purgativa (BNNP)
3.	Trastornos cursan con obesidad (TECO)
<i>b. Trastornos alimentarios no especificados (TCANE)</i>	
1.	Síndromes parciales: – ANSP – BNSP – TCA-inespecífico
2.	Cuadros atípicos: – Anorexia alexitímica – Disfagia funcional – Vómitos psicógenos
<i>c. Cuadros residuales:</i>	
	– Anorexia residual – Bulimia residual – Cuadros residuales mixtos
<i>d. Cuadros crónicos (AN-BN-mixtos)</i>	
	– Estables – Inestables

tras recaídas o en apariciones tardías. Lo son aquellas que tienen todas las características del TCA tras años de tratamiento. Las hay estables e inestables, las primeras con una calidad de vida aceptable si aprenden a convivir con su patología.

La tabla I recoge esta clasificación.

EL CURSO DE LA ENFERMEDAD

La AN tiene un curso de enfermedad conocido más allá de las diferencias individuales. A una **fase prodrómica**, sucede una de **inicio del cuadro** que puede ser muy acelerada en adolescentes menores o progresiva en personas un poco mayores. La **AN instaurada** cursa en un tiempo que va de uno a cinco años y es continuada por una **fase de recuperación** o **resolución** que también puede ser larga o en algunos casos de pocos meses. La recuperación puede ser parcial o total y una minoría serán casos resistentes al tratamiento con evolución crónica. La tabla II resume el curso de la enfermedad.

La BN tiene un curso de enfermedad algo diferente. No es extraño el antecedente de un cuadro AN previo, casi siempre incompleto. Su evolución puede ser larvada por años manteniéndose como una BNSP y presentar exacerbaciones sintomáticas en otoño e invierno. Los cuadros completos pueden dar origen a **bulimias multiimpulsivas** y a **crisis bulímicas**. En las primeras, frecuentes también en adolescentes, se suma a la BN, tentativas de suicidio, auto-lesiones, intoxicaciones por alcohol y drogas, robos y cleptomanía y desinhibición y promiscuidad sexual. Las crisis bulímicas se caracterizan por abandono total de sus actividades dedicándose durante días y días a atracarse de comidas y vomitar o provocarse diarreas.

TABLA II. Curso de la enfermedad.

a.	Fase prodrómica
b.	Fase de inicio
c.	Fase de estado o instaurada
d.	Fase de recuperación
e.	Fase de mantenimiento
f.	Reactivación y recaídas

EL PROCESO DIAGNÓSTICO Y DE INDICACIÓN TERAPÉUTICA EN LA UNIDAD DE TCA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES DEL HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS

Introducción

Cada año se reciben 200 pacientes en la Unidad de TCA. Una cifra que se mantiene desde el año 2000. Un 80% de ellos han sido derivados por pediatras de Atención Primaria con el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria (TCA).

En pocas palabras describen el cuadro:

“Adolescente de 14 años, ha perdido 12 kilos, no vomita, dice que estaba gorda e insatisfecha con su cuerpo. Amenoreas.” IMC 17.

“Niña de 13 años, sorprendida provocándose vómitos, está obsesionada por adelgazar. Reglas irregulares.” IMC 18,5.

“Niña de 12 años. Decidió adelgazar. Pierde 9 kilos en 6 meses. Sólo toma yogures. Irritable.” IMC 14,3.

“Adolescente de 16 años. Grandes oscilaciones de peso. Atracones diarios y vómitos. Ha abandonado su colegio. Miente y roba según la madre.” IMC 20,5.

Anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN). Las primeras son más frecuentes en una unidad de adolescentes aunque menos numerosas en la población. La mayoría son chicas, aunque quienes están preocupadas son sus madres. Describen cuadros de pocos meses de evolución. Van al pediatra a pedir ayuda con el temor de que su hija tenga una anorexia y éste confirma las sospechas y les envía a la unidad. Una quinta parte son prepuberales o menores de 12 años.

Otros padres acuden por Urgencias al hospital. Se valora la gravedad clínica del paciente, mediante historia, exploración física, analítica básica y electrocardiograma. Raramente se justifica ingreso de urgencias. Confirmado el diagnóstico de TCA en curso se les cita en forma preferente para el programa de admisión.

Una minoría son traslados de otro hospital: pacientes de más larga evolución, con ingresos previos y fracaso terapéutico.

Da la impresión que la alarma social generada por estas patologías y su eco mediático ha tenido un impacto positivo en la detección y han posibilitado intervenciones clínicas precoces con lo que está cambiando el curso de la enfermedad.

Los trastornos emocionales que cursan con obesidad (TECO) son un 5% de los pacientes que acuden a la unidad. Enviados por los endocrinos pediátricos y por los pediatras especializados en nutrición cuando sospechan una bulimia no purgativa (BNNP) o si su conducta sugiere problemas psicopatológicos. A diferencia de anorexias y bulimias vienen a la unidad tras muchos meses incluso años de evolución (como llegar a AN y BN hace veinte años) (Tabla III).

Programa de admisión. Recepción y estudio inicial: martes

Cada semana acuden seis o siete pacientes a la unidad. Es frecuente que vengan ambos padres, señalando con ello

TABLA III. Programa de admisión unidad de TCA.

Procedencia	
Atención Primaria Pediatría	80%
Urgencias	8%
Especialidades pediátricas	8%
Centros de salud mental	2%
Otros	2%

la importancia de la consulta. Prácticamente todos, chicas y chicos vienen obligados y se han dejado arrastrar por sus padres.

Nada más llegar se hace una breve consulta de enfermería en la que se consignan el IMC, pulso, tensión arterial, temperatura, sueño, ritmo intestinal y menstrual. Se anota si ha perdido (o ganado) peso, en qué proporción y a qué velocidad. También el uso de vómitos, ejercicio compulsivo y laxantes (Tabla IV).

A continuación bajan a extracciones para obtener muestra de sangre y orina. Los resultados se tendrán al final de la mañana.

La coordinación está a cargo del responsable del programa quien recibe a la paciente y sus padres y encarga la realización de la historia clínica a uno de los residentes. En la medida que el entrevistador adquiere experiencia puede hacer la entrevista al paciente delante de sus padres quienes por primera vez escucharán a su hijo o hija contar lo que le ha pasado.

Una historia clínica especial

Los datos de filiación sirven para romper el hielo. Son útiles para este fin las preguntas sobre profesión y estado civil, para llegar a definir con el paciente el motivo de consulta: problemas con la comida.

Siempre de usted, con respeto e interés.

La historia clínica es especial, se inicia con la descripción del cuadro: ¿perdió usted peso? ¿Fue una decisión suya? ¿Cómo lo logró? ¿Necesitó vomitar? ¿Cuánto pudo perder? ¿Se siente satisfecho o quiere continuar perdiendo?

Las consecuencias fisiológicas, emocionales, cognitivas e interpersonales se interrogan a continuación. Como consecuencia de su pérdida de peso, ¿perdió la regla? ¿Se alteró su ritmo de sueño? ¿Su temperatura corporal? ¿Su ritmo intestinal? ¿Perdió pelo, le salió vello en los brazos? ¿Tiene menos fuerza en las extremidades? ¿Perdió interés sexual?

De las consecuencias fisiológicas se pasa a las emocionales y cognitivas. ¿Su ánimo se alteró? ¿Tenía menos ganas de salir? Su humor. ¿Se hizo usted más irritable? ¿También fuera de casa? ¿Sus pensamientos se hicieron más negativos? ¿Pesimistas? ¿Llegó a pensar en morirse? ¿Sus pensamientos sobre el peso y las comidas se hicieron obsesivos? ¿No le dejaban en paz? ¿Invadían sus sueños? ¿Los compartía con alguien?

Como a cualquier paciente, el adolescente con un problema alimentario está interesado en quien le entrevista, que este conozca el problema pero que al mismo tiempo no prejuzgue y menos aún que utilice juicios de valor.

Si la entrevista va bien, los padres no tienen necesidad de intervenir y si lo hacen inadecuadamente se les pide que escuchen y callen.

El capítulo siguiente es el de las consecuencias interpersonales. ¿Se ha visto afectada su relación con sus padres (aquí presentes)? ¿Con su madre? ¿Con su padre? ¿Con su hermano? ¿Con el chico que salía o sale? ¿Con sus amigos?

Normalmente las relaciones interpersonales son "causa y consecuencia" y con ello uno de los principales factores de mantención del cuadro.

¿Ha cambiado Usted mucho desde que tiene este problema? ¿Ha cambiado su hija?

Ahora se invita a los padres a intervenir aportando los datos de la historia evolutiva, antecedentes mórbidos personales y familiares. Tiene especial relevancia el de trastorno alimentario de la infancia. Más aún un TCA en otros familiares, en especial la madre.

En los últimos años no es infrecuente este dato.

Cuestionarios psicológicos

Terminada la entrevista se administran una serie de cuestionarios de auto-informe tanto al paciente como a los padres.

Los cuestionarios administrados en la primera consulta tienen un valor relativo, dependen mucho de la actitud del paciente. Si se ha logrado una adecuada colaboración en la primera entrevista el proceso se facilita. En líneas generales el paciente AN tiende a subpuntuar y el BN a puntuar en exceso (Tabla V).

Exploración física

La paciente con AN presenta signos observables de su enfermedad. Desde la hipotermia, con especial afectación de extremidades, con frecuencia amoratadas.

La piel seca, con disminución de la grasa subcutánea, a veces lanugo. El pelo en mal estado, quebradizo, en algunas se cae con facilidad. Se confirma la bradicardia en la auscultación torácica. Así como la involución del desarrollo mamario. La musculatura está disminuida, se comprueba al contraer el bíceps.

La exploración debe ser minuciosa y completa, comentada con la paciente en sus hallazgos, sin ánimo de asustar ni adoctrinar.

En los que vomitan merecen una especial atención sus glándulas salivales normalmente hinchadas además de las señales en sus nudillos, resultados de sus esfuerzos por devolver.

Se hace la exploración física en AN no así a la en bulimia-normo peso, donde no es necesario y puede ser mal interpretado.

Consulta a medicina de adolescentes

Se pide a todos los pacientes. Se explica a ellos y sus padres que si bien el diagnóstico es de un TCA se necesita consultar a los internistas para valorar las complicaciones físicas del cuadro y descartar cualquier patología médica que hubiera pasado desapercibida.

La valoración general interesa más que la especializada ya que la AN y los otros TCA afectan a la totalidad del organismo.

El paciente grave

En ocasiones acude al programa de admisión un paciente en malas condiciones. Desde la consulta de enfermería y, con el consentimiento del médico responsable del programa, se le envía a urgencias para valoración e ingreso, si procede.

TABLA IV. Registro de enfermería.

Fecha	Peso	Pulso	Temperatura	TA	Reglas	Sueño	Deposiciones	Vómitos	EE

Variación de peso:
 Perdido (kg/meses) recientemente (kg/sem)
 Ganado (kg/meses) (kg/sem)

Reglas/sueño/deposiciones/vómitos y ejercicio excesivo se puntúan de 1 a 4 (1 es normal o satisfactorio y 4 muy insatisfactorio). Programa seguimiento Unidad de TCA HNJS.

TABLA V. Cuestionarios psicológicos en admisión.

Cuestionarios para el paciente
• Cuestionario desórdenes alimentarios EDI
• Cuestionario bulimia BITE
• Cuestionario depresión BDI
• Cuestionario ansiedad STAI
• Cuestionario de salud mental SCL90R
Cuestionarios para los padres
• Cuestionario conducta alimentaria ABOS
• Cuestionario conducta CBCL
Segundo día, al paciente
• Escala depresión de Hamilton
• Escala ansiedad de Hamilton
• Cuestionario de personalidad MACI

Segunda consulta. Viernes. Evolución-información e indicación terapéutica

La mayoría de los pacientes son citados para 72 horas más adelante también en compañía de sus padres para recibir los resultados de su estudio e indicación terapéutica.

Los días viernes se reúnen los residentes con los responsables del programa de admisión. Se supervisan todos los casos. El diagnóstico de TCA es fácil y ya lo han hecho los pediatras sin equivocarse.

Debe completarse el diagnóstico, ahora multiaxial. Permite apreciar la gravedad del proceso, medido en su evolución, sus complicaciones psiquiátricas y médicas y su repercusión en la calidad de vida, en la vida familiar y escolar.

Es conveniente también definir en qué etapa de la enfermedad está el paciente y si está dispuesto a enfrentarla y con qué apoyo familiar cuenta.

Diagnóstico multiaxial

El diagnóstico Multiaxial cuenta de cinco ejes, en la unidad se trabaja con siete. Se han añadido dos, familia y escolaridad por considerarlos de especial importancia en población adolescente (Tabla VI).

Hay tres ejes diagnósticos relacionados unos con otros. El primer día se avanza en el Eje I y Eje III. El diagnóstico de personalidad se empieza a explorar en el segundo día.

TABLA VI. Clasificación multiaxial.

Eje I.	Diagnóstico de TCA. Comorbilidad psiquiátrica
Eje II.	Diagnóstico de rasgos de personalidad
Eje III.	Afectación nutricional. Imc. Reglas Comorbilidad médicas. Enfermedades antes
Eje IV.	Acontecimientos precipitantes
Eje V.	Calidad de vida
Eje VI.	Capacidad de los padres. Antecedentes mórbidos
Eje VII.	Actitud ante los estudios

Los otros ejes son factores que intervienen en la etiopatogenia y son importantes para la indicación de tratamiento y el pronóstico.

Una adolescente expuesta a acoso con una familia incapaz de reaccionar y que ha desarrollado una bulimia purgativa y un estrés post traumático tendrá una recuperación más difícil y necesitará hospital de día.

Una buena estudiante con una AN en curso desde el verano y una familia capaz de organizarse podría tener una mejor evolución.

De la historia clínica familiar, la exploración psicopatológica y física cuando proceda, la analítica y los cuestionarios se deriva el tipo de TCA y sus complicaciones psiquiátricas y su repercusión en el IMC y menstruación.

Diagnóstico de TCA (Tabla I)

Síndromes parciales: Son los más frecuentes en adolescentes incluso en unidades especializadas.

- "Adolescente de 14 años. Ha perdido 10 kilos, restringe alimentos y hace ejercicio compulsivo. Mantiene reglas regulares."
- "Adolescente de 15 años. Ha perdido 5 kilos. Obsesionada por adelgazar. Restringe y se atraca una vez a la semana. Reglas irregulares."

Son cuadros incompletos AN.SP, BN.SP. Un porcentaje superior al 40% serán cuadros completos en los seis meses siguientes. Otros, se mantendrán por años o volverán a ocupar su lugar entre los adolescentes con conductas de riesgo.

AN o BN en curso: son síndromes parciales que cursan rápidamente a cuadros completos. Son frecuentes en la clínica y en la urgencia.

- “Adolescente de 12 años. Decidida a adelgazar. Ha perdido 6 kilos. Actualmente a razón de 800 gramos semanales. Amenorrea primaria.”

Síndromes completos

AN o BN instauradas. Presentan todas las características clínicas diagnósticas. Han tenido un período prodrómico y una fase de inicio antes de acudir a la unidad. En la primera etapa de la adolescencia, en niñas de 12 y 13 años, la evolución puede ser muy rápida e intensa superando la contención familiar y médica.

- “Adolescente de 15 años. En tratamiento médico ambulatorio por cuadro purgo-bulímico. Toma 60 mg de Fluoxetina y 250 mg de Topiramate. Su médico le ha enviado a urgencias. Refiere vómitos diarios, ahora sin necesidad de atracarse. Ideación suicida. La analítica y ECG son normales”.

Comorbilidad psiquiátrica

Los episodios depresivos, trastornos de angustia y trastornos obsesivos pueden preceder, acompañar o suceder a los TCA. Son más frecuentes en prepuberales y en TCA de curso prolongado. Pueden entenderse como una complicación psiquiátrica que hace la evolución más difícil y hace necesario el uso de psicofármacos.

Para precisar su diagnóstico se utilizan escalas clínicas en las que el residente pregunta en forma reglada por síntomas de ansiedad y depresión (Escala de Hamilton).

Diagnóstico de personalidad; (Eje II)

Es importante ya que es la forma de respuesta habitual ante conflictos consigo mismo e interpersonales. La organización de la personalidad del adolescente está en pleno desarrollo y se ve afectada al iniciarse un TCA. Al mismo tiempo, son distintos los rasgos de personalidad de un paciente restrictivo de un purgo bulímico. El primero más rígido, autoexigente, evita riesgos, el segundo inestable, impulsivo con tendencia al descontrol. Muchos tenían una personalidad premórbida peculiar y una relación con la comida que se remonta a los primeros meses de vida. La irrupción de una enfermedad mental con compromiso físico importante aunque sin dolor desequilibra a cualquiera y más aún si es un adolescente. “Soy anoréxica, soy bulímica” son expresiones que hacen doler los oídos y que señalan el riesgo de que la enfermedad aporte identidad a una chica con aun escasa personalidad.

Diagnóstico médico

En la evaluación en la unidad se anotan inicialmente los datos de IMC que van de la desnutrición al sobrepeso y la obesidad. Por su importancia, el ritmo menstrual en las chicas. Se consignan también las enfermedades previas que figuran en la hoja de derivación de Atención Primaria o que recuerdan los padres.

Analítica: aquella que se realiza el primer día rara vez contribuye a confirmar el diagnóstico. Los indicadores hematológicos y bioquímicos de malnutrición no están tocados aún dada el corto tiempo de evolución. En vomitadores es posible encontrar alteraciones en los iones, particularmente hipopotasemia y valores altos en amilasa.

Para completar este eje se espera la consulta a Medicina de Adolescentes.

Los factores desencadenantes o precipitantes (Eje IV) son de interés relativo aunque existe la tendencia a mirarlos como causales. Se consignan y se señala su paralelismo con el inicio del cuadro, su agravamiento o recaídas. Separaciones de los padres, nuevas relaciones de pareja, embarazos seguidos o no de abortos, fallecimiento de un familiar compiten en igual porcentaje con problemas entre los propios adolescentes. Acosos, violencia, burlas, rechazo social por obesidad, ruptura de pareja, embarazos, cambio de ambiente, asumir el papel de víctimas.

“Un acontecimiento aparentemente nimio, un chico le llamó gorda o la negativa a ponerse un *piercing* desencadena una AN de larga y difícil evolución”. Estas historias sólo se explican en una personalidad muy poco organizada y vulnerable.

Hay escalas de eventos vitales (Mardomingo) útiles para conocer antecedentes inmediatos y remotos que pudieran relacionarse con el proceso actual.

La organización familiar para enfrentar la enfermedad es importante. Traer a su hijo a consulta es un paso decisivo. Más evidente cuando se comprometen a apoyar el tratamiento. Se pone a prueba por el prolongado curso de la enfermedad. La familia, la casa, puede ser el principal factor de mantenimiento del cuadro, el trabajo con ella y de ellos una tarea inexcusable. El eje VI recoge la capacidad de organización de los padres para enfrentar una enfermedad. En este apartado, se anotan también los antecedentes mórbidos familiares.

Se ha agregado una valoración de la condición de estudiante. Sabido es que una parte significativa de los pacientes con TCA son buenos estudiantes (AN) o lo han sido (BN).

La identidad como buen estudiante es a veces el único aspecto positivo que se conserva. Es un dato que se les pide al principio de la entrevista junto a otros de filiación.

El Eje VII recoge esta variable dividiéndola en buenos estudiantes, regulares, ambos en su curso, se les distingue de aquellos que van retrasados para su edad y se anota también a quien ha abandonado los estudios.

Etapas de la enfermedad y estadios de cambio (Tabla VII)

Se reconocen cinco fases en el curso de la enfermedad. Nunca acuden a consulta en período prodrómico, etapa que se recupera y no siempre en una buena anamnesis.

Era raro que vinieran en etapa de inicio más aún si era progresiva. Cada vez es más frecuente que consulten antes. En noviembre de 2008 como los anteriores todos los casos atendidos de AN y BN iniciaron su patología en el mismo año, antes o después del verano.

La mayoría llegan en fase de estado, quizás una muestra de lo rápido que se instalan los cuadros de TCA en adolescentes menores. Desde que toman firmemente la decisión de adelgazar y desarrollan las conductas para ello no pasan 15 días hasta que niñas biológicamente predispuestas se obsesionen y condicionen su vaciamiento gástrico.

Las reactivaciones y recaídas se ven en los módulos ambulatorios y en el seguimiento.

Estadios de cambio.

Seguimos los criterios de Prochaska y Di Clementi que ilustran la resistencia al cambio que vemos en estas pacientes.

TABLA VII. Estadios de cambio Prochaska y Di Clementi.

1. Precontemplación
2. Contemplación
3. Decisión
4. Acción
5. Mantenimiento
- ¿Recaída?

- Precontemplación: el problema es de mis padres yo no tengo eso (AN).
- Contemplación: tengo un problema, me lo quito cuando quiera, tengo voluntad.
- Decisión: he tomado la decisión de enfrentar mi problema con la comida.
- Acción: estoy poniendo todo de mi parte. Llevo un mes comiendo bien y sin vómitos.
- Mantenimiento: llevo seis meses comiendo bien. Sigo mi tratamiento. Aún me queda.

En la "rueda del cambio", después de mantenimiento viene recaída y de nuevo a empezar. "Es mi madre la que está obsesionada". Los autores de estas hipótesis sobre el cambio de actitudes las presentaron inicialmente para el consumo abusivo de drogas y también para obesidad, más tarde pasaron a ejercicio físico y hoy se usan en TCA, en especial en BN.

Acuden en estado de contemplación y en una semana se intenta o se les fuerza en pasar a la acción. Los padres han tomado una decisión, están en acción al empujarles a venir. El modelo médico se aplica en toda su intensidad, solamente se les deja optar. Por ejemplo; se ingresa en el hospital o en casa.

Indicación terapéutica

Del diagnóstico Multiaxial y de la actitud del paciente y sus padres deviene la conducta terapéutica a seguir que va desde el seguimiento médico ante conductas de riesgo a realizar por su pediatra hasta intervenciones intensivas, la más clásica, la hospitalización (Tabla VIII).

El programa de admisión está diseñado para TCA moderados y severos que requieran tratamientos de hospitalización. La demanda supera con creces este diseño y son mayoría los cuadros menos graves que demandan atención.

Los residentes proponen un tratamiento para el paciente que les ha tocado explorar, aún no lo han evolucionado, aspecto que puede ser de interés dado que tras la primera mañana de exploración algunos reaccionan positivamente y hacen esfuerzos, otros, se abandonan.

De los 6 ó 7 pacientes evaluados, la mayoría son cuadros parciales de AN o BN. Uno o a lo más dos necesitan tratamiento intensivo. Alguno ha acudido a urgencias y ahora tiene atención preferente que parece justificada.

1. **Indicación terapéutica para lo SP.** Los cuadros parciales necesitan tratamiento. Se les divide a efectos prácticos en AN o BN en curso y síndromes parciales estables.
2. **TCA en curso.** El mejor tratamiento para las AN en curso es la hospitalización domiciliaria.
Para la BN en curso el tratamiento ambulatorio que articula el plan de vida, psicoterapia cognitivo-conductual y medicación (Fluoxetina).

TABLA VIII. Indicación terapéutica.

1. Solo conductas de riesgo. Seguimiento MG
2. Síndromes parciales estables, seguimiento MG más seguimiento psicológico familiar en su centro de salud mental
3. Síndromes parciales en curso*:
 - AN = hospitalización domiciliaria
 - BN = tratamiento psicológico CC ambulatorio más trabajo con los padres. Medicación
4. Síndromes completos:**
 - AN: tratamiento intensivo inicial después escalonado
 - BN: módulos de tratamiento semanal
 - TECO: módulos de tratamiento semanal

Los síndromes parciales en curso se tratan ambulatoriamente en Salud Mental o en unidades especializadas. Se tratan donde se utilicen las técnicas adecuadas. **El atender el mismo día al adolescente y sus padres así como integrar el plan de vida es lo que le da un carácter modular, no es indispensable hacerlo en grupos, puede ser en formato familiar. *El seguimiento de un TCA presenta características especiales.*

3. **Cuadros parciales estables.** La indicación para los cuadros parciales estables es seguimiento por su pediatra y en Salud Mental.
4. **Indicación terapéutica para SC.** Los síndromes completos es conveniente sean tratados en una unidad especializada que cuente con programas de hospitalización. Los programas de tratamiento intensivos que incorporan a los padres han mostrado una alta eficacia. Se basan ellos en tratar los factores de mantenimiento presentes en los TCA.
SC de BN y TCO; por norma general harán tratamientos grupales que incorporan a sus padres y de intensidad semanal. Solamente se ingresan las BN cuando hay riesgo suicida, hay que estabilizarles de su equilibrio hidro electrolítico. Más de alguna se beneficia de hospital de día. La mayoría harán tratamiento ambulatorio, de carácter grupal en la unidad.

Tres tipos de tratamiento intensivos u hospitalización

1. **Hospitalización domiciliaria.** Programa de 35 días, de formato familiar y de procedimientos conductuales. Destinado a adolescentes en primer episodio de AN que aceptan un plan de realimentación y ganancia ponderal a realizar en su domicilio. Su equipo de apoyo son sus padres o dos adultos, equipo que también debe estar de acuerdo. Acuden al hospital dos veces a la semana las dos primeras etapas y una vez hasta terminar. La reincorporación parcial al colegio es en la segunda semana. Está indicado para AN en curso o síndrome completo. Se excluyen pacientes con riesgo vital o con conductas suicidas. El fracaso del plan en cualquier etapa significa ingreso hospitalario en cuya lista de espera figuran hasta el alta de este tratamiento.
2. **Hospital de Día.** Programa de 35 días para adolescentes con TCA, comorbilidad psiquiátrica y /o apoyo familiar inseguro. Es una alternativa al ingreso que posibilita mantener escolaridad parcial y actividades sociales los fines de semana. El espacio es compartido con pacientes inestables que han estado hospitalizados. El horario es por la tarde, incluye comida, merienda y cena (asistidas por enfermería) Los padres participan en grupo semanal. Todas las incorporaciones son condicionales.

- **Hospital de día de TCA prepuberal.** Programa de 35 días en tres días a la semana en horario de mañanas. Cuenta al igual que el anterior con profesorado y comedor terapéutico. También tiene grupo de padres. Los cuadros prepuberales son una parte importante de las consultas de la unidad, ocupan camas de hospitalización y ahora de hospital de día.

3. Hospitalización. Es el programa más antiguo y comprobado. Destinado a adolescentes con AN tiene un subprograma más breve para BN. Cuenta de cuatro etapas, la primera de las cuales destinada a la estabilización médica dura 5 días, el paciente está en reposo y sólo se levanta para acudir al comedor y al baño. Le acompañan día y noche sus padres que se turnan para cuidarles. La segunda semana continua su realimentación mediante comidas asistidas, amplía sus actividades, colegio, grupo de psicoterapia, ejercicio físico, talleres, ahora los padres vienen de visita y le acompañan en sus paseos por el hospital.

En la tercera semana pueden salir brevemente a la calle y exponerse a merendar fuera. Si todo va bien irán algún día a saludar a su colegio o lo harán como continuación de su primer fin de semana en casa. La cuarta y última semana compagina colegio y hospital.

Algunos pacientes harán su post alta en el hospital de día y otros en el programa específico. Dependerá de cuan estable y preparados estén así como del apoyo familiar con que cuenten.

Módulos semanales de tratamiento ambulatorio

Destinados a adolescentes con AN que han estado hospitalizados o terminado su estancia en hospital de día. Son la opción más utilizada para pacientes BN y TCO.

Cuentan de tres grupos que se suceden en una mañana. Grupo de plan de vida, grupo cognitivo-conductual de pacientes y grupo psico-educativo para los padres. Se extienden durante un curso escolar.

Programa de seguimiento intervencionista

Destinado a pacientes que han terminado el tratamiento grupal. Acepta ocasionalmente algún paciente de incorporación reciente a la unidad. El programa funciona dos veces a la semana, está centrado en el plan de vida y su cumplimiento. Se ve al paciente y sus padres cada mes, tres meses, seis meses y al año así hasta cumplir cinco años de evolución. Es intervencionista ya que puede intensificarse el plan de vida y revisar al paciente semanalmente hasta superar la reactivación, se utiliza medicación si es necesario y si precisa, se prescribe tratamiento psicológico.

Los residentes proponen a los supervisores el tratamiento. Se discute y se les anima a que compartan sus hallazgos diagnósticos y su propuesta de tratamiento con el paciente y después con los padres.

Pero antes hay que evolucionarle, otra vez peso y constantes.

Además debe rellenar los cuestionarios de personalidad y contestar las escalas clínicas.

Todo ello con un doble fin, que cada vez que acuda a consulta trabaje y esa tarea contribuya a una mejor actitud ante su problema alimentario y pase de la contemplación a la decisión y de ahí a la acción.

Algunos, algunas han reaccionado positivamente y vienen satisfechos. Otros, ante la alternativa, se abandonan, se ponen peor, en ocasiones les llevan a urgencias por tomar algunas pastillas y con el informe en mano nos presionan para ser ingresados.

La entrevista de información/devolución

Es una entrevista difícil que en muchas ocasiones debe ser apoyada por el responsable del programa. Se confirma el diagnóstico que se ilustra con los resultados de la analítica, los cuestionarios y de la reunión recién terminada. Se informa sobre la naturaleza del cuadro clínico y su posible evolución así como las características del tratamiento si procede. Se contestan todas las preguntas que el paciente o sus padres hagan. Cuando hay que realizar un tratamiento intensivo se anota de inmediato en la lista de espera explicando que se discutirá el caso en la siguiente semana. Si es necesario un ingreso de inmediato se hace.

La confirmación del diagnóstico de TCA como **síndrome completo** en un adolescente implica 4 años de enfermedad aún en sus formas de mejor evolución. Cambiará la vida del paciente y sus padres. Es difícil de aceptar para el adolescente aún escasamente conciente y para los padres por abrumados que parezcan. La indicación de ingreso aunque es un temor conciente con el que todos vienen se les plantea como una obligación nuestra y de ellos. Al mismo tiempo si se acepta un paciente en tratamiento permanecerá como tal en la unidad los mismos cuatro años. Es un compromiso que agobia pero que en ese momento se asume como algo inevitable.

Algunos, algunas salen corriendo al escuchar que van a ingresar sin esperar a escuchar que aún faltan algunos días. Tras la puerta de cristal un muro de madres que esperan las cogen al vuelo, lloran hasta que se cansan y se van.

Plan de vida

El plan de vida (PV) es una característica central de los tratamientos de la unidad (Tablas IX y X). Es un programa de instauración de hábitos en adolescentes. Los hábitos, al ser conductas que se repiten ligados a circunstancias ambientales y temporales, tienen una fuerte relación con los funcionamientos fisiológicos. Si bien están bajo control voluntario se ejecutan en forma casi automática. Los TCA tanto los que cursan con desnutrición como los que conllevan obesidad son también patologías de hábitos. En AN y BN una mentalización patológica los distorsiona en los TECO se alteran sin darse cuenta por qué.

El desarrollo de hábitos de alimentación es un antídoto contra el funcionamiento obsesivo y compulsivo de nuestros pacientes. Instaurarlos en alimentación sin hacerlo con el aseo, el sueño, el estudio y la actividad física es un error y un planteamiento insuficiente. Hacer el plan de vida cada semana y anotar en una hoja preparada para ello es indispensable. En AN primero se prescribe, luego se negocia y más tarde se bendice. En BN se inicia con el contrato, se le pide que proponga un plan semanal y se revisa en su cumplimiento. En adolescentes con obesidad se usa el mismo PV con algunas modificaciones. El compromiso es con el paciente y se pide la ayuda de los padres quienes con frecuencia deberán modificar sus propias conductas para acercarlas a las del hijo o hija. El PV se utiliza en todas las etapas del tratamiento.

TABLA IX. Seguimiento médico.

Respuesta fisiológica			Cumple. Plan de Vida					Emoción/cogn.						
Fecha	Peso	IMC	Dep.	Mens.	Sueñ.	Vóm.	Alim.	Rep.	Esc.	Acfís	Med.	Ans.	Dep.	IdAn.
Comorb. Eje I			Medicación			Func. escolar								
Comorb. Eje II			1			Func. social								
Comorb. Eje III			2			Func. familiar								
Pareja			3											

Se puntúa de 1 (satisfactorio) a 4 (muy insatisfactoria).

TABLA X. Plan de vida 1-2.

1. Alimentación		
Dieta: - Casa - 1.500 - 2.000 - 2.500 - 3.000	Suplemento: 4 ó 5 comidas al día. En sus horas y en su tiempo: 30-35 minutos comida y cena. Primero-segundo y postre 15 minutos desayuno y merienda	Líquidos: agua mínimo 1.500 máximo 2.500
<ul style="list-style-type: none"> En comedor acompañado y sentado Debe tomarlo todo No debe acudir al baño hasta 1 hora después de las comidas No debe intervenir en la preparación de la comida ni entrar a la cocina Comidas fuera de casa a la semana 		
"Dieta de casa es la que pone mamá"		
2. Reposos y sueño		
1 hora después de comida y cena. Reposo entretenido.		
Hora de levantarse:	Hora de acostarse:	
Fines de semana:		
Hora de levantarse:	Hora de acostarse:	
Siesta. Sí, puede, premio...		

Seguimiento médico/enfermería (Tabla XI)

Se realiza durante todo el proceso terapéutico. Consiste en anotar sucesivamente una serie de variables fisiológicas y emocionales así como el cumplimiento del PV. Se anotan también la adaptación escolar, familiar, social y de pareja. Se consigna el tratamiento farmacológico si lo hay y se repite el control analítico cada seis meses.

La frecuencia de anotaciones será diaria en hospitalización, semanal en tratamientos ambulatorios, mensual, trimestral o semestral en el seguimiento.

Discusión y conclusiones

Los TCA del adolescente acuden con poco tiempo de evolución a nuestra unidad. Son síndromes parciales de buen pronóstico si se actúa con intensidad y prontitud con los padres como parte del tratamiento. Es posible que en esta forma se esté cambiando el curso de la enfermedad.

TABLA XI. Plan de vida 2.

3. Horario escolar
<ul style="list-style-type: none"> Completo Parcial Tiempo de estudio Evaluaciones escolares
4. Actividades
<ul style="list-style-type: none"> Paseos Deportes Gimnasia escolar Otras actividades
5. Medicación
6. Otras indicaciones

Aumenta la consulta de menores de 12 años que además de AN y BN nos traen la fobia a tragar y los comedores selectivos graves. Ambos no crecen ni suben de peso. Además, una alta comorbilidad con depresión y ansiedad.

La recepción del paciente sigue una escenografía precisa dispuesta a mostrar que está en el sitio adecuado y que viene acompañado del equipo familiar necesario.

El estudio del TCA exige una alta resolución. En dos días de una misma semana confirmar el diagnóstico, sus alcances e indicar un tratamiento. Los padres participan en la evaluación y en el tratamiento. Si no existe esta colaboración no hay tratamiento.

Es conveniente incorporar la valoración de los padres y la escolaridad en la evaluación de los cuadros ampliando los ejes multiaxiales de diagnóstico.

Las hospitalizaciones se definen ahora como tratamientos intensivos que incluyen los hospitales de día y el ingreso en casa. Intensidad de tratamiento es la cantidad de horas semanales que se dedican al paciente y sus padres.

La indicación de tratamiento es un acto médico relevante. Al paciente se le informa de los alcances del diagnóstico y el tratamiento a seguir. La propuesta es tratamiento o trata-

miento. Más o menos intensivo, con sus padres o con los terapeutas y ellos. Es una invitación a un contrato largo que cubre una etapa prolongada de su adolescencia.

Es un compromiso con unos profesionales que estarán ahí los próximos cuatro años, de ahí la conveniencia que esté presente el responsable del programa.

Todo tratamiento empieza por los factores de mantenimiento de la patología, la mayoría de los cuales están en casa y en las relaciones establecidas con padres y hermanos a ellos se añaden respuestas fisiopatológicas a las conductas patológicas (ayuno-atracones-vómitos-malnutrición). Los factores predisponentes (personalidad premórbida) se tratan después, los precipitantes se abordan si aún persisten, en su defecto, se recuerdan.

Instaurar hábitos en adolescentes parece imposible pero hemos demostrado que es indispensable en TCA y que curiosamente se consiguen si se tiene constancia, se establece una buena relación con el paciente y nos apoyan los padres.

El trabajo con cuadros que cursan con obesidad es más reciente. La mayoría cursan sin mentalización, tienen una historia, engordaron en algún momento o como respuesta involuntaria a alguna circunstancia familiar o social. Cada cierto tiempo engordan de nuevo, otra vez como respuesta y cuando están engordando disminuyen la actividad física y presentan sentimientos perturbadores negativos. Su forma de expresión varía de los que se atracan, a los que comen demasiado, picotean todo el día o son comedores nocturnos. Habitualmente no hay alarma familiar a diferencia de la AN,

No acuden a consulta cuando están engordando y no es extraño que a otro miembro de la familia le pase lo mismo. Se trata también en ellos y sus padres instaurar hábitos, hay un seguimiento específico y hacerlos un poco más organizados-obsesivos sin obsesionarlos.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4ª edición. Washington DC: APA; 2000.
- Morandé G. Anorexia y bulimia nerviosa. Enfermedades de la mujer. De la patoplastia social a una enfermedad en curso. En: Ortega RM, ed. Nutrición en población femenina. Madrid: Ergon; 2007.
- Fairburn C, Cooper Z. Thinking afrefh about the classification of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2007; 40: s107-10.
- Fichter M, Quadflieg N. Long tremstability of eating disorder diagnoses. *Int J Eat Disord* 2007; 40: s61-6.
- Vaz F. Subtipos Clínicos de BN. En: Vaz Leal FJ, ed. Bulimia Nerviosa: perspectivas clínicas actuales. Madrid: Ergon; 2006. p. 29-34.
- Katzman D. Medical complications in adolescents with anorexia nervosa. A review of literature. *Int J Eat Dis* 2005; 37(Suppl.): s52-59.
- Coutunier J, Lock J. What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *Int J Eat Dis* 2006; 39: 550-5.
- Prochaska J, Di Clementi C. Norcross J In Search How the people change. 1992 September *American Psychol.* 47-9-1102-1114
- Morandé G. Tratamiento en hospitales de día de los trastornos de la conducta alimentaria. En: García Camba, ed. Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Madrid: Masson; 2001. p. 265-75.
- Morandé G. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. En: Tojo R, ed. Tratado de nutrición pediátrica. Doyma; 2002. p. 952-63.
- WCEDCA Classification of child and adolescent eating disturbances. *Int J Eat Dis* 2007; 40: s117-22.